Med. Sch.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
4 APR 1934

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

JEFES DE SERVICIO

Gregorio Salas.
Ignacio Millán.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Alfonso Ortiz Tirado.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Chávez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.
Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Luis G. Campos.
Mariano G. Somonte.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.

INTERNOS

Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Barroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Octavio Bandala.

ADJUNTOS

José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel A. Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
Clemente Carrillo y Cárdenas
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.
Juan Farril.
Rigoberto Aguilar.
Ricardo Tapia.
Carlos Véjar L.
Angel G. de Quevedo.
Alejandro Betancourt.
Alberto Guevara Rojas.

Octubre de 1933

Año VIII **No. 50**

FARMAMEX

PRODUCTOS FARMACEUTICOS, S. A.

Luis Moya Núm. 24 Apartado 1257

MEXICO, D. F.

PROMINAL

EL LUMINAL PERFECCIONADO

EPILEPSIA

El Prominal posee las cualidades propias del Luminal, pero carece del efecto hipnótico de éste aún en dosis elevadas.
No disminuye la actividad física ni psíquica.
Dosis diaria entre 0.20 y 0.40 grs.
Envases originales: Tubos de 10 Tabletas de 0.20 grs.

Reg. No. 11381 D. S. P.
Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médico

E. MERCK DARMSTADT

Pida Ud. muestras y literatura a

Apartado 2669 **Merck-México S.A.** MEXICO, D. F.

Antes y después de la operación

En los preparativos preliminares a la operación una cucharada de AGAROL por la noche, en lugar de aceite de ricino previene posibles perturbaciones gástricas. Dias después cuando el paciente comienza a tomar alimento, AGAROL, en medias dosis, es el eliminador lógico porque estimula la peristalsis sin dolor ni molestia.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar agar con fenolftaleina. Suaviza el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

No. 2197
D.S.P.

AGAROL, sin tener aromáticos, tiene buen sabor y es fácil de tomar. La dosis corriente en los casos de estreñimiento crónico es una cucharada la que va reduciéndose a medida que se nota mejoría.

Muestras gratuitas a los médicos.

AGAROL

Para el Estreñimiento

Cía. Medicinal "LA CAMPANA" S. A. **Apartado 424—México, D. F.**

MAX ABBAT,

MUY ATENTAMENTE RECOMIENDA A LOS MIEMBROS DEL H. CUERPO MEDICO MEXICANO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS

Panglandina Couturieux

Comprimidos

La fórmula pluriglandular más completa y mejor dosada.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

D. S. P. 4866

Lantol Couturieux

Ampolletas

En las infecciones graves el Lantol Couturieux hace bajar la temperatura. Provoca una hiperleucocitosis general intensa.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 2245 D. S. P.

Bismuthoidol Robin amp.

Bismuto coloidal en solución acuosa, completamente indoloro, no se acumula en el organismo, no provoca choque hemoclásico.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 10431. D. S. P.

Immunizols Gremy

Ampolletas

Inyectable y Caldo Vacuna.

Sedol Buisson

Ampolletas

Sedante del dolor... y ninguna de sus pobres imitaciones.

Este producto está sujeto para su venta a las disposiciones legales que rigen sobre productos enervantes y sôlo podrâ usarse por prescripciôn y bajo la vigilancie médica. No. 6497 D. S. P.

Hemotonine Buisson

Ampolletas

Complejo de hierro y estricnina en combinación con el arsénico y los fósforos orgánicos.

Iodone Robín

Gotas. No. 2828 D. S. P.

Amp. { 0.02: No. 4149 D. S. P. / 0.04: No. 2897 D. S. P

combinación de albuminoidea de yodo, preparado con peptona de carne de origen tripsico.

Usese por prescripción médica.

Immuniderm Gremy

Pomada de antivirus y bacteriófago.

No. 6280 D. S. P.

Agente MAX ABBAT

Lucerna No. 47 MEXICO, D. F.

¡Novedad!

PER-ABRODIL

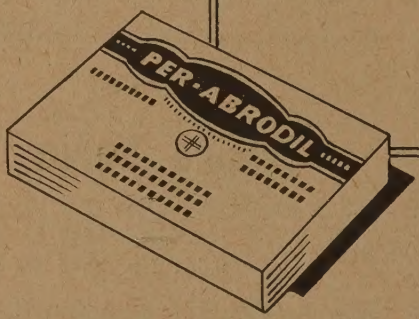
M. R.

Medio de contraste, de uso intravenoso, para la urografía.

Pequeño volumen de inyección

1 ampolla de 20 c.c. (de la solución al 35%) es suficiente para obtener una irreprochable radiografía de contraste de las vias urinarias. Además no es necesaria la inyección lenta.

Envases originales:
Cajas de 1 y 5 ampollas de 20 c.c.



BAYER

M. BAYER R.

Rgdo. No. 9715. D. S. P.
Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

LA QUIMICA INDUSTRIAL Bayer-Meister-Lucius
WESKOTT & CIA.

San Juan de Letrán 24 Apdo. 45 bis.
MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

APARTADO 85.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

Pág.

Cistosarcoma del Ovario derecho, con metastasio Pleuro-Pulmonar Izquierda, consecutiva a una Punción. —Por el Dr. Alfonso Sousa y Abarca..... 1741

Hipofisectomía en un Caso de Tumor Hipofisiario de Progresión Suparadia - Fragmática, de Gran desarrollo Subcerebral, Traducido Clínicamente por Síndrome Acromegálico Puro y Típico. Por José Urquijo Rangel..... 1747

Un caso de Hipertrofia Congénita del Cuello Vesical. —Por el Dr. P. Gausa Raspall..... 1759

Cuando la Ultravioleta de Alta Intensidad Está Indicada

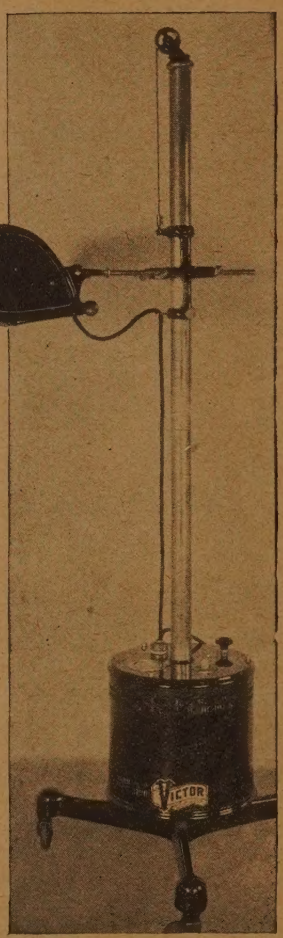
LOS poseedores de Lámparas de Cuarzo Victor a Vapor de Mercurio obtienen la luz ultravioleta de la más alta intensidad que ha demostrado ser de gran valor clínico.

Con el aumento de intensidad obtenido por medio del reflector diseñado especialmente para este propósito, ahora se produce un eritema de primer grado en un paciente cualquiera durante un período que varía de 30 a 45 segundos, a una distancia tubo-piel de 1 metro y, con las lámparas Modelo "A," aumentando el voltaje del tubo de cuarzo se obtienen más altas intensidades, aun cuando parece haberse establecido que el tiempo de exposición arriba mencionado es el límite práctico bajo el punto de vista de rapidez en la aplicación de los tratamientos individuales. La notable reducción del tiempo de tratamiento es muy apreciable según va aumentando la dosificación durante los tratamientos.

Si la intensidad fuera mayor que la que se desea, (como durante los primeros tratamientos de ciertos pacientes de baja tolerancia, especialmente niños) resulta sumamente fácil reducir el voltaje del tubo de cuarzo, con lo cual se reduce también la intensidad ultravioleta.

No dudamos que usted estará interesado en las numerosas y ventajosas características que denotan la calidad de las Lámparas de Cuarzo Victor. Sírvase solicitar literatura detallada, así como nuestro reimpreso sobre las Indicaciones para la Terapia Ultravioleta.

Los productos Victor son preferidos por su Durabilidad — Seguridad—Servicio y Satisfacción



Lámpara Modelo "B"—un modelo muy popular. Existen muchas otras, enfriadas por agua y por aire, de entre las cuales se puede hacer una selección adecuada.

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.
ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

E-66-6

Sírvanse enviarme literatura sobre las Lámparas de Cuarzo Victor, así como extractos de los informes médicos sobre el valor de la ultravioleta en mi práctica profesional.

Nombre: .....

Dirección: .....

Cistosarcoma del Ovario derecho, con Metastasio Pleuro-Pulmonar izquierda, consecutiva a una punción

Por el Dr. Alfonso Sousa y Abarca
Cirujano del Hospital General.

En el pb. No. 12 de este Hospital ingresó el 7 de Septiembre a ocupar la cama No. 29 la enferma Isabel Huerta con el Diagnóstico de Cirrosis Hepática ascitogena, después del estudio que hicimos de dicha enferma nos encontramos con un tumor maligno del ovario derecho con Metastasis Pleuro pulmonar. Esto ha sido comprobado como se verá más adelante por el laboratorio de Histología y la sección de Radiografía. En mi trabajo fuí eficazmente ayudado por el practicante adscrito a mi servicio Sr. José Figueroa O.

La historia del enfermo es como sigue:

HISTORIA CLINICA.

Ficha de Identidad.—Isabel Huerta, de 24 años de edad, soltera, de oficio costurera, originaria de Cuernavaca, Mor., ingresó el 7 de Septiembre del presente año, y ocupa la cama 29 de este Servicio.

Antecedentes Hereditarios y familiares.—Sin importancia.

Antecedentes personales no patológicos.—Hace cinco años, acostumbra tomar diariamente cerveza y mezcal, abusando frecuentemente de estas bebidas hasta caer en la embriaguez. —Tabaquismo desde los 9 años.—Alimentación normal.

Antecedentes personales patológicos.—Le han contado que de un año y meses, padeció ataques, los que fueron tratados con jugo de hígado fresco. A los 13 años, se presentó un síndrome anémico, que también fué tratado a base de hígado.—Hace 6 años padeció paludismo, forma terciana, el que le duró dos meses.

Estado actual.—Su padecimiento se inició hace dos años. A consecuencia de una impresión, notó que se fué adelgasando de una manera rápida y progresiva, al mismo tiempo que se presentaba una pigmentación en la cara, a manera del cloasma de las embarazadas. —Pocos días después, el bajo vientre se hizo doloroso, empezando a crecer el abdomen de una manera uniforme aunque lentamente, hasta que en vista de lo molesto que se hizo este estado recurrió a un médico, quien le practicó una punción, con fecha 17 de abril del presente año, evacuó 24 litros de líquido, que la enferma compara a la cerveza obscura. Dice que se sintió curada, pero que a consecuencia de otro abuso alcohólico, sintió que volvía a crecer el abdomen ahora sí de una manera rápida, por lo que con fecha 28 de agosto se le hizo otra punción. El que la practicó únicamente extrajo un litro y retiró el trócar, pero la herida quedó abierta, y dice la enferma que durante dos días salió mucho líquido con los caracteres del anterior, en lo que se refiere al color. Las dos punciones se efectuaron en la fosa iliaca derecha. Pocas horas después de practicada la segunda punción, se presentó el síntoma disnea, siendo de pequeños esfuerzos y de decúbito, en particular del derecho; al mismo tiempo que toda la piel del abdomen se hizo sumamente pruriginosa. Como la disnea no

ha cesado, en lo más mínimo se ve obligada a ingresar al servicio en busca de alivio.

Aparatos y Sistemas.—Interrogatorio Ginecológico.—La menstruación se presentó a los 13 años, con una duración de cuatro días, siendo cíclicas los primeros años, no así a la fecha e nque han perdido este carácter. Siemple han sido muy dolorosas, obligando a la enferma a guardar cama durante esos días, estos dolores irradian principalmente a la región sacra. Respecto a los caracteres físicos del menstruo, no encontramos nada anormal.—A los catorce años tuvo relaciones sexuales con un individuo al parecer sano, sufrió únicamente una exacervación de los dolores menstruales. A los 17 años sufrió metrorragias, fueron tres que se presentaron sin causa aparente, durándole cada una ocho días, arrojaba bastantes coágulos y no fueron acompañadas de ninguna otra molestia. Recurrió a un médico quien diagnosticó estenosis del cuello uterino, practicándole una dilatación y raspa del endometrio. Desde entonces la menstruación perdió el carácter de cíclica, y a la fecha se presenta cada quince días, siendo precedida de dolores de las mamas y turgencia del pesón. Cuando se le practicó la primera punción, su período se detuvo por dos meses, no así cuando la segunda, ya que entonces la desencadenó a pesar de que 5 días antes había terminado de menstruar.

Digestivo.—Anorexia y polidipsia. Diariamente sufre cólicos y últimamente se ha presentado tenesmo.

Respiratorio.—Desde que se inició la disnea ha sufrido de dolores en todo el hemitórax izquierdo, así como tos seca que se presenta por tosiduras aisladas pero frecuentes, y que aumentan con el decúbito lateral izquierdo.

Circulatorio.—Normal.

Urinario.—Normal.

Sistema Nervioso.—Parestesias en el miembro inferior izquierdo que se presentaron después de la primera punción.

Organos de los Sentidos.—Normales.

Síntomas generales.—Enflaquecimiento y astenia.

Terapéutica empleada.—Aparte de las punciones se ha empleado opoterapia hepática sin ningún resultado. Esto se hizo en la calle.

Exploración Física.—Inspección general.—Se trata de una enferma que aparenta tener la edad que dice. Al entablar conversación, nos damos cuenta de la fatiga que le ocasiona. Está inquieta, y frecuentemente es sacudida por tosiduras aisladas, que semejan bastante bien la tos de origen pleural. Por lo demás se encuentra en buen estado de ánimo, y tiene la firme convicción de aquí encontrar su alivio.

Cabeza.—Cráneo, normal.—Ojos, normales. —Boca: la implantación de los dientes inferiores se hace de una manera irregular aunque sin corresponder a ningún tipo clínico especial.

Cuello.—Normal.

Tórax.—Respecto a la forma del tórax está conservada en lo general, notándose únicamente en la base del hemitórax izquierdo un abultamiento. Volumen casi normal. El hemitórax izquierdo se encuentra limitado en lo que se refiere a sus movimientos.—El tipo de la respiración corresponde al costal superior.—Respecto al número de respiraciones por minuto contamos 26 en reposo.

Amplexación.—El hemitórax izquierdo, muy disminuída, el derecho normal.

Amplexión.—Aumentada en el lado izquierdo, normal en el derecho. Tal parece que en el izquierdo existiera una masa que rechazara la pared costal.

Puntos dolorosos.—Hemitórax izquirdo.—Cara anterior, es dolorosa desde el segundo espacio intercostal, el dolor no sigue ningún tipo especial, ya que la palpación del espacio intercostal y de la costilla, provocan dolor. Las caras lateral y posterior también sumamente dolorosas a la palpación.—Hemitórax derecho normal.

Respecto a las vibraciones vocales, se trasmiten en la siguiente forma: Hemitórax derecho, normal.—Hemitórax izquierdo:

Cara posterior: En el vértice, disminuídas; en el ilio, apenas se perciben; en la base del hemitórax, no se trasmiten.

Cara lateral: Abolida la transmición de las vibraciones vocales.

Cara anterior: Desde el tercer espacio intercostal ya no se perciben las vibraciones vocales.

Percusión del hemitórax derecho, normal.

Percusión del hemitórax izquierdo.

Cara posterior.—Vértice, se encuentra disminuída la sonoridad.

Se encuentra mate toda la región interescapular y la base de este hemitórax.

Cara lateral: Mate.

Cara anterior: A partir del segundo espacio intercostal, hacia abajo todo es mate.

Auscultación del hemitórax derecho, normal.

Auscultación del izquierdo: El murmullo vesicular se percibe en el vértice y va perdiéndose poco a poco, a medida que se desciende, hasta quedar abolido en la base.

La percusión del hemitórax izquierdo es sumamento dolorosa.

Por todo lo anterior practicamos una punción pleural en la parte más declibe de la cara posterior dando como resultado, la salida de un líquido con los caracteres siguientes: cantidad, 150 c. c. más o menos; coloración, uniformemente sanguinolento; sin ningún olor especial y salió animado por sacudidas que correspondían a la inspiración. Al tratar de las pruebas de laboratorio nos volvemos a ocupar de este líquido.

Región precordial.—Iniciamos una exploración cuidadosa de esta región, encontrando que por los distintos métodos físicos no fué posible localizar el corazón en el sitio que ocupa normalmente, ya que en la región mesocardiaca no se perciben los ruidos del corazón; foco mitral, no se encuentra; tricúspide, normal; aortico, normal; pulmonar, apenas perceptible: Por inspección no encontramos nada que nos pueda mostrar el choque de la punta. Por palpación creemos sentirla en el quinto espacio intercostal derecho, más o menos a nivel de la unión del tercio medio con el tercio externo de la clavícula. Por percusión encontramos que en el hemitórax derecho, existe una zona de submacicez parecida a la de la región precordial normal; tiene esta zona la forma de un ovoide, de eje mayor dirigido de dentro afuera y ligeramente de arriba abajo, llegando hasta el punto en que parese percibirse el choque de que hablamos.—Auscultando encontramos lo siguiente: En la región media del ovoide percutible, los ruidos cardíacos se escuchan con los caracteres de timbre, intensidad, duración y ritmo, normales—Caracteres de los ruidos a nivel del polo inferior del ovoide: semejan con bastante precisión los del foco mitral normal.—Auscultando la base de esta zona nos encontramos con que los fenómenos audibles son idénticos a los de la base del corazón, encontrando como elemento anormal, un desdoblamiento del segundo ruido.

Abdómen.—La forma corresponde a la de batracio. El volumen, aumentado uniformemente. Se encuentran escoriaciones múltiples en toda la piel.—Por la palpitación nos encontramos que los planos superficiales tienen su consistencia normal.—Por la palpación profunda nos encontramos con los siguientes datos: Dolor intenso de los hipocondrios; presencia de líquido. Con no poca dificultad, se limita un tumor renitente que ocupa el bajo vientre, es poco doloroso.

Por la percusión encontramos que el tumor de que hablamos nos da una zona mate de borde superior cóncavo hacia abajo; todo el vientre es poco sonoro, y tanto el hígado como el bazo los encontramos normales por la percusión.

Exploración Ginecológica.—Matriz pequeña de nulípara, el tumor que mencionamos al hablar del abdomen corresponde al anexo derecho, ya que al imprimerle movimientos se nota que este lado lo sigue; es renitente y poco doloroso.

Miembros.—Tanto los superiores como los inferiores, normales.

Sistema oseo y ganglionar, normal.

Sistema Nervioso.—Normal.

Exámenes de laboratorio y radiológico.

Se pidió examen citológico del líquido extraído por la punción pleural, contestando el laboratorista lo siguiente:

"Muy escasos linfocitos; no hay polinucleares.—Hay abundantes células endoteliales, algunas normales, otras gigantes, otras con degeneraciones vacuolares banales y otras con dos o tres núcleos como se obserban en los endoteliomas de la pleura".

Reacción de Wassermann.—Negativa.

Estudio Radiológico.—Radioscopía. Se le practicaron a la enferma dos radioscopías de tórax encontrando lo siguiente: En todo el hemitórax izquierdo se ve una sombra opaca a

los rayos X que ha desplasado al corazón hacia la derecha, por lo tanto la punta del corazón late en el quinto espacio intercostal derecho a nivel de la unión del tercio medio con el tercio interno de la clavícula; como ya decimos esta sombra abarca todo el hemitórax izquierdo, apenas si en el vértice pulmonar una pequeña zona es permeable a los rayos, en las inspiraciones profundas notamos que la sombra de que hablamos, rechaza el corazón. Respecto al mediastino no es posible estudiarlo por razones que fácilmente se conciben.—El hemitórax derecho es normal, tanto en lo que se refiere a su permeabilidad como en sus dimenciones y movilidad.—La sombra hepática, también normal.—El corazón, a pesar del sitio que ocupa, no muestra ningún crecimiento.

Diagnósticos.—Anatomotopográfico y anatomopatológico.—Tumor maligno del ovario derecho con metástasis pleuropulmonar izquierda. Fundado en la exploración ginecológica, en la evolución del padecimiento, en la radioscopía y en los caracteres físicos y citológicos del líquido extraádo por la punción pleural.

Sindromático.—Por los datos que nos da la enferma al interrogar sobre su aparato genital, podemos establecer un síndrome de polidismenorrea.—También existe un síndrome de insuficiencia respiratoria, el que lo fundamos en la disnea y en la exploración física de tórax, así como en la radioscopía que nos demuestra que solamente un pulmón está en buenas condiciones para llenar la función respiratoria. Juntamente con este síndrome, podemos asegurar que existe otro de irritación pleural el que lo fundamos en lo anterior y en los caracteres de la tos que tiene esta enferma.

Etiológico y patogénico.—No pretendemos en esta historia clínica, tocar el problema tan discutido de la etiología de los tumores malignos, y solamente diremos que a nuestra manera de ver, la metastasis que presenta esta enferma en el pulmón es debida a una, o unas, embolias que provocaron las punciones; pensamos así porque hemos podido observar la enorme rapidez conque está evolucionando esta lesión.

Integral.—Cistosarcoma del ovario derecho con metástasis pleuropulmonar izquierda.

Pronóstico.—Teniendo en cuenta los resultados tan anodinos de la terapéutica de estos padecimientos, en el estado en que se encuentra el presente caso, podemos decir que el pronóstico lo conceptuamos como fatal.

Tratamiento.—Creemos conveniente en esta enferma que cuanto antes se le aplique radioterapia profunda, siendo lo único que podría mejorar el pronóstico que sentamos con esta fecha.

Además se le tendrá en reposo, procurando la compensación respiratoria, como parese que hasta la fecha se ha logrado.

El tratamiento sintomático estará subordinado a la evolución del padecimiento.

México, D. F., 17 de Septiembre de 1933.

Jefe del Servicio, Dr. **Alfonso Sousa y Abarca.**—Practicante, José Figueroa O.

"COLENOL"
Unico tratamiento por irrigación de las
INFECCIONES INTESTINALES
Solicite literatura a los representantes
E. PANDO Y CIA. S. EN C.
República del Salvador No. 51

VACUNAS CLIN

ANTIGONOCÓCICA

I. Monomicrobiana y II. Polimicrobiana

Registro No 1972 y 1973 D.S.P. México.

ANTIESTAFILOCÓCICA

Registro No 1970 D.S.P. México.

ANTIESTREPTOCÓCICA

Registro No 1971 D. S. P. México

COLI-ENTERO-VACUNA

I. BUCAL

Cajas de 6 ampollas de 5 c.c.
de gran concentración uniforme

II. INYECTABLE

Cajas de 10 ampollas de 1 c.c.
de concentración creciente

Registro No 3577 y 3655 D.S.P. México.

Concentración elevada en microbios — Tolerancia perfecta

Conservación ilimitada — Inyecciones subcutaneas o intramusculares

Las Vacunas Clin inyectables expéndense en cajas de 10 Ampollas de 1 c.c.

SUEROS CLIN

DESALBUMINADOS Y PURIFICADOS

ANTICOLIBACILAR

Preparado según el método del Profesor H. VINCENT (Paris).

Cajas de 1 Ampolla de 10 c.c. o 5 c.c.

Registro No 1857 D.S.P. México

ANTIGANGRENOSO MULTIVALENTE

Preparado según el método de H. VINCENT y G. STODEL

Cajas de 1 Ampolla de 10 c.c.

Registro No 1859 D.S.P. México.

LABORATORIOS CLIN. - COMAR y Cie. 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques. PARIS

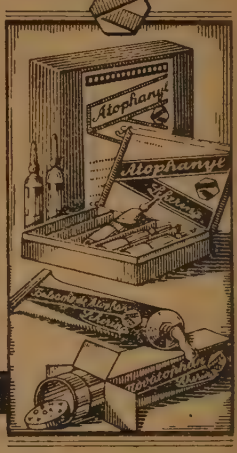
Agencia General : 9a. de Calderas No 132. - Apartado 1977. - México, D.F.

NOVATOPHAN

preparado a base de Atophan de acción suave

1. *Perfectamente tolerado aun por enfermos muy delicados*
2. *Ejerce el efecto del Atophan en forma atenuada*
3. *Calma los dolores y la fiebre, reduce las inflamaciones y elimina el ácido úrico*

Schering



Envase original: Tubos de 20 tabl. de ½ gr.

Para el tratamiento de los casos graves : ATOPHANYL, inyectable

para el del reumatismo muscular : BALSAMO DE ATOPHAN

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Nuestros concesionarios:

QUÍMICA SCHERING MEXICANA S. A., APARTADO 281, MEXICO D. F

"AUTOX"

Pat. 30.530.

Oxigeno Q. P Autoinyectable

De utilidad en el tratamiento de la neumonía, bronconeumonía y de todos los estados disneicos y asfictivos.

Frasco "AUTOX" conteniendo 250 cm3 de Oxígeno q. p.....$ 1.00

Aparato "AUTOX" "A" para la inyección automática 3.00

Aparato "AUTOX" "B" para la inyección automática, completo con manómetro para la medida del gas a inyectar 20.00

Laboratorios "ISIS"

Químico, Biológico, Farmacéutico.

6a. Fresno 202. Ap. postal 741.

Eric. 603-78. Mex. Q.08-55.

México, D. F.

TORCEDURAS

Las torceduras articulares y sus complicaciones, tales como tumefacción, tensión de las articulaciones y rupturas fibrilares de los músculos, además del dolor y pérdida de energía, se tratan mejor con descanso absoluto y una aplicación caliente que retenga el calor por muchas horas. La

Antiphlogistino

aplicada suave y abundante promueve hasta cierto punto la absorción rápida de las extravasaciones, calma el dolor y produce cierto bienestar

Denver Chemical Mfg. Co.,

Nueva York, E. U. A.

Representados en México por

Sanborn Hnos., S. A.

Avenida Madero 4

MEXICO, D. F.

Reg. No. 193, D.S.P.

Hipofisectomia en un Caso de Tumor

Hipofisiario de Progresión Supradia - fragmática, de Gran Desarrollo Subcerebral, Traducido Clínicamente por Síndrome Acromegálico Puro y Típico

Por JOSE URQUIJO RANGEL
Servicio del Pabellón 16

M. F. C. ocupa la cama número cuarenta del pabellón 16 del Hospital General,de 28 años de edad, soltera, de oficio lavandera, manifestando ser nacida en la ciudad de México, D. F.

Antecedentes hereditarios y familiares.

Ignora la causa de la muerte de sus padres, pero sabe que en vida fueron sanos; cosa semejante asienta respecto a sus cinco hermanos, ninguno pedeció enfermedad semejante a la de la paciente e ignora hasta la época en que perecieron. No ha tenido descendencia.

ANTECEDENTES personales patológicos.

En la niñez solo recuerda haber padecido sarampión; a últimas fechas ha tenido rinitis agudas frecuentes, con tendencia a hacerse crónicas. Son negativos los antecedentes de lúes heredada o adquirida.

Antecedentes personales no patológicos.

Ha sido de costumbres morigeradas, no ingiere bebidas alcohólicas, tampoco fuma y siempre ha vivido en la Ciudad desempeñando trabajos domésticos.

ESTADO ACTUAL.

Hace cuatro años aproximadamente, la enferma observó un crecimiento desmesurado de sus pies, lo que causó que no pudiera usar zapatos, por no encontrarlos a su medida. El crecimiento también afectó las manos, pero no fué rápido e inusitado, pues antes del hecho de observación que venimos refiriendo, como tres o cuatro años sus familiares y gente que la rodeaba, le decían que tenía las manos muy grandes. La extremidad distal de los miembros ha crecido, aumentando sus dimensiones tanto en longitud, como en auchura y espesor, crecimiento que se ha efectuado lenta y progresivamente hasta llegar al volumen que actualmente presentan sin acompañarse de ninguna sintomatología local subjetiva notable.

Hace unos tres años que padeció dolor en la región lumbo-sacra que se presentaba diariamente después de desempeñar el trabajo de lavandería que efectuaba entonces la enferma, habiéndola obligado a abandonar esa ocupación; entonces se dedicó a la costura a mano, cambiándose el dolor a la región dorsal; presentaron estos dolores características semejantes: difundidos imprecisamente en una región, de intensidad mediana, sin irradiaciones, provocados por el trabajo manual y francamente calmados por el reposo. De entonces acá hubo de abandonar los quehaceres domésticos y ahora el esfuerzo de mediana intensidad, como es la marcha, el acto de vestirse, etc. los hace lenta y pesadamente por sentir una gran astenia.

Poco tiempo después de haber abandonado sus ocupaciones, tuvo que guardar cama, obligada por unas artralgias de ambas articulaciones tibio-tarsianas y de la rodilla derecha; no se acompañaron de reaccion flogística local aparente, habiendo solamente dolor intenso, sub-contínuo, exacerbado por el movimiento de la articulación afecta y sin irradiaciones, que evolucionó en unos ocho días hacia la curacin, medicinada con Atophan. Se acompa-

ñaron estas artralgias de ligera reacción hipertérmica, así como de algunos calosfríos y sudores; posteriormente en una o dos ocasiones han tratado de reptirse, pero han desaparecido rápida y expontáneamente. Dejaron como única secuela, cierta rigidez dolorosa en la rodilla derecha, que según decir de la enferma la provocan los movimientos bruscos de dicha articulación.

Sin precisar fecha, aquejan a la paciente cefalalgias; fueron primitivamente de localización frontal, de mediana intensidad, la molestaban solamente en estado de vigilia para desaparecer en la noche, duraban cuatro o cinco días no volviendo a presentarse hasta después de doce o quince; nunca se asociaron a trastornos nauseosos o vertiginosos. Actualmente ha cambiado la localización y frecuencia de los dolores de cabeza, pues se trata de cefalalgias temporoparietales, más intensa del lado izquierdo, persisten durante las 24 horas, pero no llegan a interrumpir el sueño, teniendo períodos de siete días de dolor por otros tantos de mejoría; con cierta frecuencia se irradian a la región frontal, especialmente cuando son más intensos, pero nunca se han acompañado de sensación de náusea o vértigo.

En época remota y quizás como transtornos primitivos, dado que cree la enferma que acaeció hace unos ocho años, se iniciaron los trastornos visuales. Comenzaron en el ojo derecho, habiendo notado sólamente una disminución de la agudeza visual, que lentamente ha ido progresando para constituir en la actualidad una amaurosis casi completa de dicho ojo, en el que sólo queda una visión difusa de los objetos que la paciente trata ver; en época más reciente, se ha iniciado también una disminución de la agudeza visual del lado izquierdo, pero en mucho menor intensidad que del otro lado, La visión se ve alterada frecuéntemente por la percepción de puntos luminosos o de diplopias.

Desde la época en que la enferma dejó de trabajar, ha notado un aumento de la sed, necesitando para calmarla mucho más agua de la que antes tomaba; dicha sed sólo la padece por temporadas y cuando este síntoma ha sido más fuerte, ha llegado a ingerir durante el día hasta diez jarros de tamaño mediano, cuya capacidad se puede juzgar entre 250 y 300 c. c. de agua. La polidipsia no se acompañó, según afirma la paciente, de poliuria como tampoco de polifagia, pues la cantidad de alimentos que especificó tomar, no exceden al régimen habitual de una persona normal. Ha habido también transtornos de dishipnia, porque antes del actual padecimiento bastábale a la enferma con dormir unas siete horas, levantándose satisfecha; en cambio, ahora, duerme hasta nueve y diez horas, siendo sin embargo, el sueño mucho menos profundo y frecuentemente interrumpido en el curso de la noche por ruidos ligeros o causas fútiles que antes no la molestaban, circunstancia que pretexta la paciente para dormir una o dos horas de siesta después de la comida.

El padecimiento que venimos refiriendo, ha tenido repercusión sobre el aparato genital, manifestándonos la enferma que comenzó a menstruar a la edad de quince años; las reglas aparecían periódicamente, nunca se acompañaron de dolores, sino sólo de ligeras molestias; duraban alrededor de tres días y según la apreciación personal de ella, eran en poca cantidad; esta normomenorrea persistió hasta la edad de 21 años; pero entonces comenzó a sufrir retrasos en los menstruos, habiendo ocasiones en que en un lapso de dos meses, sólo menstruara una vez; igualmente disminuyó la cantidad de sangre en cada período, hasta que hace unos seis años, sobrevino una amenorrea absoluta que persiste hasta el momento presente. Este estado de amenorrea fué seguido de síntomas menopáusicos, como son, llamarada de calor a la cara, sudores intempestivos, principalmente de las manos y una epistaxis ligera que se repitió en dos ocasiones. En la actualidad sólo padece con cierta frecuencia dolores en la región ovárica izquierda, con irradiación típica al miembro inferior aumentada con la marcha. Recientemente dice sufrir prurito vulvar.

Interrogatorio por aparatos

En aparato digestivo, sólo hay digno de mencionarse, una constipación crónica, horaria, tardando en ocasiones hasta 78 horas para evacuar, presentando disquesia al iniciar la defecación, teniendo que esforzarse primero por arrojar un tapón, según expresión gráfica de la enferma, y después la expulsión del resto

del excremento lo hace menos difícilmente. Cuando la constipación aumenta el bolo fecal, produce a su paso dolor a nivel del ano y se ha acompañado en ocasiones de sangre roja.

Orina unas cinco o seis veces en el día, nunca en la noche. No ha notado durante el padecimiento ningún cambio en la cantidad o calidad de la orina y solamente dice que presenta un sedimento blanquizco cuando permanece algún tiempo en los recipientes. Los síndromos hidropígeno y azotémico fueron negativos.

En los aparatos respiratorio y circulatorio, así como en el sistema nervioso no se obtuvieron datos patológicos.

Estado Mental

Teniendo en cuenta el nivel mental de la clase social a que la enferma pertenece, se puede apreciar que las ideas solamente son escasas y pobres, asociándose lentamente, puede hablarse de una bradipsiquia la que ligada a un estado afectivo indiferente y abúlico, da a estos enfermos un hábito especial.

Síntomas Generales.—El padecimiento ha evolucionado dentro de la apirexia, no ha producido enflaquecimiento y sólo se ha manifestado por el estado asténico del que antes se ha hablado.

Terapéutica Empleada.—Ninguna.

EXPLORACION FISICA

Hábito Exterior

Mujer adulta cuya edad oscila entre los 25 y 30 años, guarda una actitud libremente escogida; de constitución mediana, llama inmediatamente la atención el gran tamaño de sus manos y piés, así como el de la cabeza en general y cara en particular. Ha permanecido indiferente durante el interrogatorio contestándonos lentamente a las preguntas que le hemos hecho.

CABEZA

a). **Cráneo.**—El cráneo parece bastante más grande que lo que corresponde a una mujer de su talla, puede observársele bien por estar cubierto de cabello recién rapado; el pelo, que está bien implantado, es opaco, y quebradizo, existe en mediana cantidad. A la palpación el cráneo se muestra asimétrico en un plano horizontal que pasara por las eminencias parietales externas, estando mucho más pronunciada la convexidad de la bóveda craneana del lado derecho; se encuentran además las eminencias parietales más pronunciadas que lo normal, siendo más notable la del lado derecho. Revela la palpación puntos dolorosos que se extienden desde la base de la apófisis mastoides siguiendo una línea vertical que ascendiera hasta el bregma. No hay ningún estigma en el cráneo.

b). **Cara.**—Se muestra también asimétrica, haciendo mayor prominencia el malar derecho, encontrándose el mentón desviado a la izquierda de la línea media y la comisura bucal derecha es más alta que la izquierda como en medio centímetro; si a ésto se agrega el gran tamaño de la cara en general, y en particular de la nariz gran grueso de los labios, además del prognatismo del maxilar inferior, todos estos rasgos reunidos dan a la enferma una cara típica de acromegálica. Los tegumentos son pálidos y presentan manchas de cloasma sin repartición precisa; presentan algunas arrugas a nivel del ángulo externo palpebral, que dan idea de ser una tanto prematuras dada la edad de la paciente. Las cejas están poco pobladas, son secas, quebradizas y se desprenden fácilmente.

Los párpados superiores parecen abultados; pero la búsqueda del edema fué negativa. Las pestañas no tienen nada de característico. Las conjuntivas bulbar y palpebral aparecieron pálidas; el reflejo corneal fué positivo. Las pupilas están circulares y centrales; no se observan manchas o cicatrices; ambas están dilatadas y hay anisocoria ligera por midriasis del lado derecho. La exploración de los reflejos pupilares demostró inmovilidad completa de la pupila derecha y del lado izquierdo se encontró perezoso el foto-motor y esbozado el moto-motor.

Los labios son muy gruesos, estando cubiertos por mucosa pálida y reseca. Los dientes son normomorfos y sin estigmas, pero hay un defecto en su implantación por encontrarse amplios espacios interdentarios hecho principalmente notable en el maxilar inferior y sobre todo en la parte anterior de la arcada.

Aloja la boca una lengua aumentada de volumen y saburral. La mucosa buco-faríngea se encuentra también pálida y se nota ligeramente congestionada a nivel de los pilares que alojan amígdalas de tamaño normal. Los pabellones auriculares son bien conformados, se encuentran implantados simétricamente y también son pálidos como el resto de los tegumentos de la cara. No se encuentran puntos dolorosos en la cara.

CUELLO

El cuello es corto; no se ve animado de latidos vasculares. La palpación reveló sólo un pequeño ganglio del volumen de un frijol, en el borde posterior, parte medio del esternocleidomastoideo izquierdo, fácilmente desplazable sobre los planos adyacentes y completamente indoloro. Hubo dolor al palpar el borde posterior del esternocleidomastoideo de lado derecho y como a la mitad del cuerpo muscular. El cuerpo tiroides es poco palpable por su escaso volumen.

TORAX

El tórax visto por su cara posterior se mostró muy ancho; no hay deformaciones de la columna vertebral. Los movimientos respiratorios son de amplitud normal y sensiblemente simétricos. La palpación, percusión y auscultación no dieron signos patológicos.

La cara anterior del tórax esta levantada en su parte superior por la prominencia de ambas clavículas que son más grandes y más gruesas que las normales, lo que da la falsa impresión de que los huecos supra e infraclaviculares estén más profundos que lo que es común observar; igualmente el mango del esternón es muy ancho.

A la inspección del área precordial no fué visto el choque apexiano ni pudo ser palpado ni en el decúbito lateral de Pachón; la percusión limitó una área normal; los dos ruidos cardiacos eran normales y sólo es de anotar una bradicardia ligera de 60 revoluciones por minuto. El área esplénica no fué percutible sólo se encontró ligero aumento en extensión de la parte superior del espácio de Traube.

VIENTRE

Ligeramente globuloso. El borde inferior del hígado no es palpable, la percusión mostró el área hepática de tamaño normal. Se mostró sensible a la palpación profunda la fosa ilaca izquierda.

MIEMBROS

a). **Superior.**—Se encuentran agrandados en el sentido longitudinal. En estación de pié, los dedos índices se acercan más a las rodillas que lo normal; pero la desproporción radica principalmente en la extremidad distal. Palpando la mano se da uno cuenta que no sólo hay crecimiento de las partes huesosas sino que también se encuentra engrosado el tejido celular especialmente en las partes donde es particularmente abundante, como en la eminencia ténar, dando una impresión especial, como de mixedema, a la mano que palpa. Algo semejante sucede en el antebrazo en el que los huesos y tejido celular aparecen aumentados notablemente de volumen, en tanto que los músculos son atrofiados y también hipotónicos; su examen funcional demostró hipotonía a los movimientos pasivos, disminución de la fuerza muscular, motilidad refleja y coordinación normales. La sensibilidad superficial y profunda fué también normal. La tensión arterial determinada por el método auscultatorio dió Mx. 128 Mn. 71.

b). **Inferior.**—El estado del esqueleto, músculos y tejido celular subcutáneo presenta las mismas alteraciones que describimos en el miembro superior; sólo habrá que agregar la ausencia de signos de Babinsky y de Westfal. La sensibilidad superficial y profunda son normales.

EXAMENES DE LABORATORIOS:

Reacción de Wassermann: Negativa.

Urea sanguínea: 30 m. m.

Función renal explorada por la sulfofenoftaleina:

A los 30' = 42% en 25 c. c.
„ „ 60' = 23% „ 15 c. c.
„ „ 120' = 11% „ 11 c. c.

El análisis de orina sólo reveló como dato patológico un ligero aumento de los fosfatos y albuminaria ligera.

La radiografía fué tomada de perfil, procurando que los rayos centrales pasaran por el piso medio de la base del cráneo y muestra

un gran ensanchamiento de la silla turca, aumento de volúmen de todos los senos óseos, principalmente del frontal, maxilar superior y esfenoidal y engrosamiento de los huesos de la bóveda craneal.

El estudio oftalmológico:

El metabolismo Basal es: — 31.

Peso 74 Kgs. Estatura: 1.55 Mts.

Estudio oftalmológico de la enferma Eduarda Córdoba.

Campo Visual:

Hemianopsia bitemporal desigual.

O. I. O. D.

Borde orbitario: normal en ambos lados.

Implantación de cejas: normal, ligeramente desplobladas de la cola.

Párpados, normales. Buena implantación pestañas. Movilidad normal.

Conjuntivas: normales.

Aparato Lacrimal, normal. No salió nada por expresión del saco.

O. I.

Epífora: (por hipersecreción).

Córnea: leucoma central puntiforme, sin vascularización.

Cámara Anterior: Muy profunda.

Humor Acuoso: transparente y sin depósitos. Iris: Normal.

Pupila circular, regular y concéntrica. Reflejos: foto-motor abolido, moto-motor esbozado. Reflejo a la convergencia, abolido. Estos reflejos fueron estudiados con enferma atropinizada.

Cara anterior del cristalino: normal. Medios transparentes: normal.

Refracción: miópica como de 4. D.

Fondo de ojo: Pupila irreguar, como a 1. m. m. elevada sobre el plano de la retina, bordes regulares, color blanco nacarado, vasos delgados, tanto los venosos como los arteriales, no flexuosos, fondo de ojo de tipo atigrado. Región de la mácula normal.

O. D.

Córnea: normal. Cámara Anterior: muy profunda.

Humor acuoso: transparente, sin depósitos. Iris: normal.

Pupila: regular, circular y concéntrica. Reflejos: moto-motor, abolido, foto-motor. abolido. Ala convergencia: esbozado. Enferma atropinizada.

Medios transparentes: Normales.

Refracción miópica: como de 10 D.

Fondo de ojo: pupila irregular, de bordes preciosos en su parte nasal, en su porción temporal, cono miópico posterior, al mismo nivel que el resto del fondo. Fondo atigrado. Región de la mácula normal.

Estudio de los ojos.

Movilidad ocular: O. I. normal. O. D. recto inferior paresiado.

Convergencia: 3 ángulos métricos.

Tensión ocular: normal.

Agudeza Visual: O. I. = 0. 1. O. D.: distingue la mano a 10 cms.

México octubre 28 de 1932. J. L. Torroella. Rúbrica.

DIAGNOSTICOS

Anatomo-topográfico

El padecimiento es un tumor de naturaleza glandular hipofisiaria que esta radicando en el piso de la base del cráneo. Para fundar este diagnóstico, tenemos dos grandes grupos de síntomas, uno ligado al proceso patológico tumor y otro por la naturaleza glandular endócrina del mismo.

a) Por ser el piso medio de la base del cráneo una verdadera encrucijada de los primeros pares de nervios craneanos, la compresión de alguno o de algunos de ellos traerá invariablemente alteración de las funciones que les están encomendades, siendo éstas las primeras manifestaciones clínicas que puede dar un tumor mucho tiempo antes que haya manifestaciones cerebrales. En el caso presente, hemos encontrado francas alteraciones en las funciones del segundo par, como son una disminución de la agudeza visual en ambos ojos, más marcada en el lado derecho, y una hemianopsia bitemporal, con estrechamiento del campo retiniano nasal derecho; por parte del tercer par, hay también transtornos de sus funciones que aunque más ligeros, no por eso dejan de tener importancia: son la inmovilidad de la pupila derecha, y la paresia del recto inferior de dicho lado. La hemianopsia es, en sintomatología nerviosa, uno de los más precisos de los denominados síntomas de foco, porque debido a la

estructura anatómica de nervio, quiasma y cintillas ópticas, van suministrando sintomatología distinta esgún la altura e intensidad de las lesiones. En el caso de la hemianopsia bitemporal, la compresión es producida en el borde posterior del quiasma, así como en el borde interno de las cintillas ópticas al separarse del quiasma, causando así la sección funcional de los denominados haces cruzados del nervio óptico, y dando así la hemianopsia homónima en cuestión. En el campo visual de la paciente no solamente está afectado el campo temporal, sino que también hay una disminución notable del campo nasal del lado derecho, por lo que es de pensarse que la compresión no sólo ha sido llevada sobre el haz cruzado, sino también sobre buena parte del directo; si a esto se agrega que el nervio Motor Ocular Común ha sido también afectado por el tumor, dado que precisamente a los lados de la silla turca, pasa el 3er. par en la parte más superior de la pared lateral del seno cavernoso, se comprende que podamos presumir que el tumor está colocado por detrás del quiasma óptico y que su crecimiento sea asimétrico con predominio hacia el lado derecho. A los datos anteriores hay que agregar las deformaciones que se observan de la silla turca en las radiografías laterales.

b). La naturaleza glandular hipofisiaria del tumor está francamente sostenida por la serie de deformaciones provocadas por el dispituitarismo, como son el crecimiento extemporáneo y anómalo de los huesos de los miembros y del maxilar inferior, los trastornos discrínicos generales, etc., signos que saltan a primera vista.

Etiológico.

Nada más oscuro es en realidad que la etiología de la enfermedad de P. Marie. Una serie de hipótesis han tratado de explicar la causa: piensan algunos que se trata de un padecimiento hereditario, cosa que en el caso que estudiamos es de desecharse; se ha incriminado también a algunas infecciones, especialmente a la sífilis, que si bien es cierto que en algunos casos de acromegalia con reacciones serológicas intensamente positivas, el tratamiento específico ha detenido el progreso del padecimiento, en otros, en que las reacciones serológicas son negativas y se puede afirmar la ausencia de toda sífilis evolutiva, el fracaso terapéutico es absoluto. Algunos otros piensan que la etiología del tumor hipofisiario no debe separarse de la etiología general que se acepta para las neoplasias y de la cual, huelga decirlo, no se ha aportado comprobación alguna. Se trata, en general de hipótesis a cual más sutil e ingeniosa, pero inútiles en el terreno de la práctica. Por último y como si no fuesen suficientes, hay quien piense (H. Claude, Krauss) en una facilidad individual para sufrir un crecimiento anormal glandular, obrando como causas desencadenantes distintas infecciones e intoxicaciones.

Sidromático.

Solo citaremos los principales síndromes, puesto que la enfermedad de Pierre Marie repercute sobre el funcionamiento general:

Síndrome de dispituitarismo.—Intercionalmente he empleado esta palabra, queriendo indicar solamente el trastorno de la función de secreción interna de la hipófisis, pues aún no se han puesto de acuerdo los fisiopatólogos sobre si solamente se trata de un aumento de secreción de la glándula, sin modificación cualitativa, o si por el contrario, no hay hipersecresión, sino solamente cambio de la constitución química de la hormona. El síndrome de dispituitarismo es completo: crecimiento óseo anormal de las extremidades, con predominio en su extremidad distal, simultáneo al crecimiento del cráneo y de la cara; de ésta, principalmente el prognatismo del maxilar inferior: ampliación de todos los senos huesosos craneanos, engrosamiento de los huesos de la bóveda del cráneo, etc., y para redondear el síndromo, las manifestaciones de sinergia endocrina, por parte del ovario, causando una amenorrea total, y, por parte del tiroides, los signos de piel seca, pelos y vellos resecos, ralos y que caen fácilmente, mixedema cutáneo, y un metabolismo basal de 31%

Síndromo de compresión craneana.—Dos grandes grupos de síntomas engloba este síndromo; el primero, de los denominados difusos, y el segundo de los llamados focales.

El primero no es sino el cuadro patológico designado con el nombre de hipertensión craneana. De este cuadro lo único que manifestó padecer la enferma es la cefalea, pero dista mucho de ser la que se describe en la hiper-

tensión, pues ésta es exclusivamente localizada a ambas regiones temporoparietales, y, por su serie de exacerbaciones y remisiones, es en todo semejante a la citada por Cushing en sus acromegálicos, que según su opinión se debe a la distención de la cápsula de la pituitaria por los brotes congestivos que sufre la glándula durante el curso del padecimiento.

El segundo grupo de síntomas es el verdaderamente elocuente en nuestra enferma y ya ha sido descrito en el fundamento del diagnóstico antomotopográfico.

Síndromo infundíbulo-tuberiano.—Se ha creído localizar en la región del cerebro que lleva ese nombre tres centros de vida vegetativa, ligado uno con el metabolismo del agua, otro encargado del sueño, y el restante en relación con la temperatura; debido a la proximidad que hay con la hipófisis, se admite que su crecimiento pueda alterar el funcionamiento de estos centros. En nuestra paciente hemos encontrado sólo polidipsia y la dishipnia, estando ausentes la poliuria que es el síntoma más importante, así como los transtornos térmicos, lo que hace pensar que si hay algún transtorno, debe ser ligero, dando solamente la sintomatología fugaz antes citada.

Nosológico.

Enfermedad de Pierre Marie ó Acromegalia.

Integral.

Acromegalia, en período avanzado, con síndromas de compresión craneana focal y pluriglandular, y de etiología indefinida.

Como quiera que en las pruebas preoperatorias apareció que la enferma tenía 3.000,000 de glóbulos rojos por milímetro cúbico y siendo indispensable mejorar este estado, se le practicaron dos transfusiones sanguíneas de 250 c. c. cada una con intervalo de 5 días. Mandada practicar una nueva cuenta de hematíes, encontramos que el número de éstos había ascendido a 4.800.000, cifra que nos pareció bastante satisfactoria por lo que se fijó la intervención para el día 10 de mayo de este año.

ANESTESIA

Tanto por la índole misma de la intervención, como por los buenos y seguros resultados obtenidos siempre en el Pabellón 16, en numerosos casos anteriores, se dispuso que se sometiera a la enferma a una anestesia "de fondo" por medio del Amytal sódico. "Lilly", del que se administraron 80 centigramos por vía endovenosa, en solución al 10% en agua bidestilada, observando meticulosamente los principios y condiciones que la experiencia ha fijado para que dicha anestesia sea correcta e inocua.

Para obtener la narcosis completa, se administraron, en el curso de la intervención, diversas cantidades de éter por medio del **Yankaüer.**

De esta manera se logró una anestesia completa y uniforme, sin que se hubiera presentado incidente o accidente alguno en el curso de la misma.

INTERVENCION

La paciente colocada en posición horizontal. Asepsia de la piel de la cara con yodo, alcohol y bisulfito. Ninguna en lo que refieree a las mucosas. Con el objeto de impedir el escurrimiento sanguíneo hacia la retrofaringe, y prevenir posibles complicaciones, tales como la neumonía por inspiración, se colocó un taponamiento de gasa en las choanas, constituído por un cilindro de dicho material, como de 1 centímetro de diámetro, que se introdujo por la boca y se mantuvo aplicado en posición horizontal por medio de dos hilos que, saliendo separadamente por cada narina, servían para ejercer tracción sobre aquél.

Incisión en el surco gingivo-labial superior, en una extensión como de 5 centímetros. Despegamiento de la mucosa hasta llegar al subtabique nazal. Fué aquí donde se encontró uno de los obstáculos más difíciles de vencer, ya previsto por lo demás durante la práctica operatoria en cadáver, y constituído por la gran dificultad para despegar la mucosa del tabique, por ser en este lugar muy delgada y estar íntimamente adherida a aquél. Cuando es posible ejecutar este tiempo operatorio correctamente, las mucosas, una vez aisladas del tabique que las separa, deben quedar constituyendo, esquemáticamente, dos cilindros independientes e íntegros.

Empero, a pesar de la experiencia adquirida y de la meticulosidad conque se trabajó este tiempo, la mucosa del lado izquierdo se des-

garró en una pequeña extensión, obstaculizando, con ello, la continuación del aislamiento.

La descripción en detalle podría resumirse así: el Maestro Vázquez procuraba despegar la mucosa en ambas caras del tabique y en la mayor extensión posible, (que, por lo demás, nunca era mayor de 1 centímetro en profundidad) para luego, con ayuda del cincel o la cizalla, resecar el trozo de éste que se había desnudado, reclinando luego ambas mucosas hacia la cara externa de las vacidades, para continuar despegando y resecando.

Creo necesario insistir con particular interés sobre dos detalles más que dificultan singularmente la maniobra antes descrita:

Primero: El despegamiento de la mucosa ocasiona una hemorragia, que, aunque poco abundante, es muy molesta por ocultar completamente el campo operatorio y por su difícil hemostasis, que implica una gran pérdida de tiempo.

Segundo: El campo operatorio, como es fácil suponer, recordando la anatomía de la región, es muy estrecho: se trabaja en un verdadero embudo de 2 centímetros en su mayor diámetro, lo que obliga al cirujano a emplear un instrumento particularmente delgado, a fin de no estorbar la vista.

Una vez resecados el vómer y la lámina etmoidal en la forma señalada, y tomando como referencia la base de implantación del vómer, se trepanó a cincel la cara antero-inferior del seno esfenoidal, en una superficie como de 6 o 7 milímetros cuadrados. Limpieza y taponamiento temporal del seno, para trepanar en seguida la cara postero-superior del mismo, en una extensión semejante.

Antes de pasar adelante, es indispensable insistir sobre una precaución fundamental que hay que tomar en ese momento, y de la que depende, no ya el éxito de la intervención, sino la vida del paciente: cerciorarse de que se ha alcanzado la silla turca y nada más que la silla turca. ¿Se comprenden las consecuencias que sobrevendrían si la trepanación fuese un poco más alta o más baja? En el primer caso se lesionaría el quiasma óptico; en el segundo, el bulbo raquídeo.

Incidentes de esta índole nos ocurrieron dos veces cuando hacíamos la práctica en el cadáver, estando en posibilidad de invocar, como principal factor causal, la falta de noción de la resistencia característica de las paredes del seno esfenoidal y como accesorio la dirección del cincel y la posición del filo de éste. En lo que se refiere a lo primero, el Dr. Vázquez encontró al fin de numerosas tentativas: que el cincel debe quedar colocado de tal manera, que, mientras su extremo inferior (mango) rasa o se apoya sobre las sínfisis maxilo-vomeriana, el superior debe ir a chocar contra la pared posterior del lóculo hipofisiario, por abajo de las apófisis clinoides posteriores. Si no se le impone esta dirección al instrumento al practicar la trepanación de ambas paredes sinusales, casi seguramente se caerá sobre las pelgirosas regiones circunvecinas que ya señalamos.

Al introducir el cincel con el fin de llenar la precaución anterior, se tuvo la sensación de que atravesaba un tejido mucho más suave y deleznable que el que constituye normalmente a la glándula; pero confirmamos que, cualquiera que fuese el contenido de la silla turca, estábamos precisamente sobre él.

A continuación, y con ayuda de unos pequeños ganchos especiales, se hizo la liberación de la glándula, introduciendo el filo de aquellos entre ésta y el continente; una vez conseguido lo cual, y con ayuda de la pinza erina, se intentó la extracción de la misma.

Era deseo del Maestro Vázquez el que dicha extracción se hiciese ad integrum. Empero, al intentarlo, y a pesar de las cuidadosas precauciones que para lograrlo se tomaron, no fué posible conseguirlo: el tejido pituitario se desgarraba a la menor tracción, y sólo a pequeños trozos se logró el vaciamiento **total** del **lóculo.**

La exploración que del mismo se practicó en seguida, fué lo suficientemente convincente para admitir que la silla turca quedaba vacía.

Se colocó como canalización una fina mecha de gasa yodoformada que se exteriorizó haciéndola pasar entre ambos cilindros de mucosa nasal, para salir por la incisión gingivo-labial.

La intervención duró cuatro horas 25 minutos.

Al examinar el tejido pituitario encontramos: que era en cantidad aproximada a la de

una glándula ligeramente hipertrofiada; de color rojizo, francamente congestivo y extraordinariamente friable.

Se envió al Laboratorio para su examen histológico.

Inmediatamente después de la intervención el estado de la operada era muy satisfactorio. La hemorragia fué pequeña. No hubo fenómenos de shock.

Durante la tarde y la noche de ese día, la enferma continuó reponiéndose rápidamente. A la mañana siguiente se encontraba en magníficas condiciones, pudiendo conversar amplia y correctamente con cuantas personas nos acercábamos a interrogarla, y, hecho curioso, sin sentir, según aseguraba, ni el más ligero dolor en algún sitio de la brecha operatoria.

Al segundo día se retiró sin dificultad la canalización encontrando tan sólo que presentaba ligeras manchas sanguinolentas en su extremo intrasinusal.

La enferma durante los 6 días siguientes, manifestó encontrarse en perfecta salud, y la exploración así lo comprobaba.

Mas, por desgracia, en la tarde del séptimo día se presentó bruscamente un intenso síndrome de hipertensión intracraneana, constituído primordialmente por cefálea gravativa y vómitos repetidos.

A pesar de la terapéutica impuesta inmediatamente, no fué posible mejorarla.

La punción raquídea dió un líquido ligeramente turbio, lo que nos indujo a pensar en una posible reacción meningea de orden infeccioso.

La enferma murió en ese cuadro a las 13 horas del octavo día.

Practicada la autopsia anotamos, como datos principales en cráneo: gran espesor y consistencia del cuero cabelludo; huesos craneanos aumentados en grosor y muy compactos; meninges muy ligeramente congestivas.

Al intentar la liberación de ambos hemisferios nos dimos cuenta, con enorme sorpresa de nuestra parte, que existía un tumor de un tamaño aproximado al de un huevo de gallina, orientado en sentido antero-posterior, colocado sobre los pisos medio y posterior de la base del cráneo, alcanzando en su diámetro longitudinal, desde la silla turca hasta el agujero occipital.

Cuando se intentaba separarlo de los hemisferios cerebrales observamos la gran destrucción que había producido sobre el tejido nervioso circunvecino, pues se encontraba en relación de absoluta continuidad, con la cara inferior del cerebro, con la protuberancia y con parte del bulbo, existiendo además la circunstancia de que estos dos últimos órganos estaban aplastados y deformados por el rechazamiento que el tumor produjo sobre ellos.

En la silla turca se observó la total destrucción del diafragma pituitario, y la exactitud de la brecha operatoria a travez de la cual se había extirpado el contenido hipofisiario ,cuya relación con el tumor era de tal manera clara, que se imponía concluir que éste fué de origen pituitario, con emergencia intracrancana hacia arriba y hacia atrás.

Esta emergencia y crecimiento exagerado de la neoformación, determinaron el cabalgamiento del quiasma óptico, que estaba tan adelgazado que aún parecía transparente.

La superficie y los cortes de la masa cerebral hicieron aparente la congestión cefálica concomitante con la hipertensión intracraneana.

Una vez en posesión de los anteriores datos de autopsia estamos en posibilidad de elaborar un diagnóstico post mortem de: gran tumor cerebral, de origen hipofisiario, con destrucción y compresión de cerebro protuberancia y bulbo, que se tradujo desde el punto de vista clínico **exclusivamente por un síndrome acromegálico puro y típico**, a grado tal que jamás hubo ni el más ligero signo o síntoma de tumor cerebral.

Fué precisamente esta ausencia de signos o síntomas extrahipofisiarios la que nos hizo diagnosticar simplemente un **adenoma intralocular** de la hipófisis; y, por ende, deducir la vía que a esto les está indicada: la transesfenoidal.

El Laboratorio nos comunicó posteriormente que el tejido que fué extirpado en la intervención, tenía todos los caracteres de los de un adenoma de la hipófisis. Por lo que hace al tumor cerebral, aún no se nos comunica el resultado del examen histológico.

Todas las ventajas de la Valeriana

y ninguno de sus efectos desagradables

solo con las perlas de

NEOVORNYVAL "RIEDEL"

PODEROSO SEDATIVO Y ANALEPTICO

Representante: **DR. E. SOMLO.** Apartado 2679
MEXICO, D. F.

Vitacampher

(Allo-p-Oxoalcanfor)
Reg. D. S. P. 11601.

Cardiotónico, Elevador de la Tensión Sanguínea, Estimulante del Centro Respiratorio y Sedante del Hipo

El principio activo, es un producto que se forma en la intimidad de los tejidos del organismo de perros vivos, sujetos previamente a un régimen alimenticio rico en alcanfor

Absolutamente seguro e inofensivo

Distribuidores:

Cía. Internacianal de Drogas, S. A.

Isabel la Católica núm. 85. - México.

PRODUCTOS OPOTERAPICOS "CHAIX"

Extractos.—INYECTABLES, COMPRIMIDOS, GLICERINADOS Y JARABES

TODOS LOS ORGANOS
Ext. Bazo y Médula
" Cerebral.
" Ganglios Linfáticos.
" Hepático.
" Intestinal.
" Medular.
" Miocárdico.
" Muscular.
" Pancreático.
" Pulmonar.
" Retiniano.

TODAS LAS GLANDULAS
Ext. Explénico.
" Hipofisario.
" Mamario.
" Renal.
" Orquítico.
" Ovárico.
" Placentario.
" Prostático.
" Para-Tiroide.
" Surrenal
" Tiróide.
" Entero-secretina.
" Entero-Kinasa.

PIDA NUESTRO FOLLETO ESPECIAL COMPLETO

Establecimientos Lauzier, S. A.

Representantes. Apartado 399 México, D. F.

SEÑOR DOCTOR:

¿Ya experimentó Ud. este nuevo producto de patente? Si no, hágalo ahora mismo, solicitando una muestra a **"Beick Félix" y Cía.**

Apdo. 313. Av. Madero 39. México, D. F.

"PALMATONE"

SIMPLE Y CREOSOTADO

EN SU DROGUERIA FAVORITA PIDA UN FRASCO DE PALMATONE. - PRECIO: $ 2.00

PALMATONE Simple:

Magnífico medicamento adyuvante, por sus propiedades como tónico y estimulante de la nutrición, en los casos de enfermedades nerviosas, anemia, pérdida de peso y falta de apetito.

Reg 7585 D. S. P

PALMATONE Creosotado:

Verdadero reconstituyente y tónico. Facilita eficazmente la expectoración en casos de bronquitis y demás afecciones pulmonares.

Reg. 6353 D. S. P.

Sus pacientes pueden adquirirlo en toda droguería o botica por $2.00 frasco

Señor Doctor, Recete Usted:

PULMOSEPTINA.--
Patente 31655

Intensa medicación antibacilar contra la tuberculosis pulmonar — Resultados comprobados por eminentes bacteriólogos de esta Capital.

CREOSOYODINA.--
Reg. 11477 D. S. P.

Antiséptico de las vías respiratorias.
Cada ampolleta de 2 C. C. contiene:
Creosota 0.10
Guayacol 0.10
Alcalfor 0.05
Colesterina 0.05
Yodo 0.01 (0.02)

MORRUI-LECITINA.--
Reg 12259 D. S. P.

Poderoso auxiliar en las afecciones del aparato respiratorio.
Cada 2 C. C. contienen:
Morruol etílico 0.10
Lecitina 0.10
Colesterina 0.05
Fenol 0.05
Yodo metálico 0.02
Inyección estrictamente intramuscular.

Farmacia del Cinco de Mayo

5 de Mayo 15

Mexicana L-9730. Ericsson 2-90-15.

EL

ULTRAGADOL

IRRADIADO
de sabor agradable

REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

LES

Etablissements Chatelain

París - FRANCE

Agentes en México:

A. RUEFF Y CIA.

Lucerna No. 7 **MEXICO, D. F**

SEÑOR DOCTOR:

Cuando Ud. receta una medicina es porqué su marca es una garantía para Ud.
Cuando Ud. receta una faja su hechura y adaptación deben presentarle iguales garantias.

RECETE UD. FAJAS DE

E. VILLAIN

1a. MOTOLINIA 13 **MEXICO, D. F.**

Envío gratis de croquis y cuestionarios relativos a fajas médicas, braguzros, medias elásticas.

Un caso de hipertrofia congénita del cuello vesical

Por el Dr. P. Gausa Raspall

Sesión del 7 de abril de 1933 de la Sociedad Catalana de Urología (Barcelona)

SE trata de un joven de 15 años, sin antecedentes familiares y personales de interés. Hace cuatro años (Poliuria extraordinaria. A cada micción orinaba de 700 a 1000 c. c. de orina y durante el día había expulsado unos 7 litros de orina. Esta poluria iba acompañada de polidipsia muy intensa. Algunos días, hasta 9 litros.

Fué tratado como diabético, si bien no se encontró glucosa en la orina. Medio año más tarde notó un abultamiento en el bajo vientre que fué aumentando a medida que aumentaban la poliuria y polidipsia. Durante estos años no se modificó la poliuria y la polidipsia, y persistiendo el volumen de la tumoración abdominal vino a Barcelona y un medico le diagnosticó una tumoración quística abdominal o hidronefrosis. Cassoni y Weinberg negativas. Finalmente acude al Dispensario de urología del Servicio del disertante en el Hospital de la Cruz Roja.

A la exploración, presenta una tumoración prominente, visible a la inspección perfectamente, redonda, de bordes lisos, dura, pero de sensación líquida (líquido a gran tensión), ocupando toda la región umbilical e hipogástrica, f. i. izquierda y vacío del mismo lado, abarcando parte de la f. i. d. y vacío derecho y parte de la región epigástrica e hipocondrio izquierdo, fija, no desplazable a los movimientos respiratorios, y a la percusión mate. Al orinar, sin ningún esfuerzo, hace 1 litro de orina clara y transparente, disminuyendo bastante la tumoración abdominal, lo que hace pensar en un posible origen vesical, y sondado el enfermo con una sonda del núm. 15 se logra vacias 2.500 c. c. de orina, desapareciendo completamente la tumoración, quedando un vientre del todo aplanado. A la palpación hipogástrica, nada anormal, y a la presión se hacen salir gases intravesicales que se han absorbido después del sondaje y al dejar de comprimir el hipogastrio.

La orina tiene una concentración de urea de 0'80 gr. por mil, y cloruros de 0'50 gr. por mil. No hay cilindros, hematíes ni piuria en el sedimento. Tampoco albúmina niglucosa.

Por cistoscopia, ninguna anomalía, ni deformación del cuello, ni divertículo vesical, sólo se ve un meato ureteral izquierdo entreabierto. Paredes vesicales normales y la distensión vesical admite sin dificultad la inyección de uno y dos litros sin esfuerzo ni intolerancia.

No se encuentra ningún obstáculo en el trayecto uretral.

Al examen neurológico, nada anormal, ni de espina bífida, reflejos rotulianos y de extremidad inferior normales, Babinski normal, sensibilidad también normal.

Al tacto rectal; nada anormal en la región prostática.

Se hace una cistorradiografía con yoduro sódico al 10% inyectando dentro de la vejiga un litro de líquido opaco (es de observar que la capacidad vesical disminuyó después del primer sondaje) y se ve, en proyección anteroposterior, una imagen opaca de forma ova-

lada más grande en su extremidad superior, desplazada ésta hacia la izquierda y ocupando toda ella medio abdomen, de bordes lisos; por enclma ed ella, otra sombra situada en el hipocondrio izquierdo del tamaño de una tercera parte de la anterior, redonda y también de bordes lisos. No se ve ningún punto ni conducto de unión entre ambas cavidades. En proyección lateral izquierda, la cavidad ovalada inferior tiene su diámetro mayor dirigido hacia la pared abdominal, formando dicho diámetro un ángulo de 45 grados con la columna vertebral, en su tercio inferior parece que se inicia un estrangulamiento que da la sensación de la existencia de una separación entre la parte inferior y la superior. La cavidad superior en esta proyección es muy posterior, está situada en la región lumbar, además se ve un conducto de unión de 2 cms. de largo y 1'5 cms. de ancho.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.—Dilatación vesical con dilatación del uréter izquierdo e hidronefrosis del mismo lado, y reflujo vésico-ureteropiélico.

DIAGNOSTICO CLINICO. — Retención crónica incompleta con dilatación vesical, con micción por rebosamiento.

EL DIAGNOSTICO CAUSAL ES EL SIGUIENTE: No se ve la causa inmediata debido a que no existe causa mecánica uretral ni prostática que explique dicha retención, así como tampoco ningún trastorno nervioso de reflejos que oriente hacia un origen medular.

Ante la falta de datos objetivos se hace el diagnóstico de una enfermedad congénita del cuello vesical.

La aotzemia es de 0,46 grs. por mil.

INTERVENCION.—Anestesia general. Incisión de la pared abdominal vertical desde pubis al ombligo a través de la línea alba, poniendo inmediatamente al descubierto la veji, ga, la cual llega hasta por encima del ombligo, no encontrándose recubierta, como normalmente, por el fondo de saco peritoneal prevesical. Después de vaciada, incinde verticalmente para colocar el separador de Legueu, lo que es fácil por la gran capacidad vesical y por el grosor enorme de las paredes vesicales (2 cm.) El interior vesical se encuentra lleno de repliegues, parece una cueva musculada donde entran los dos puños con facilidad. La mucosa es de color rojo vinoso. No se ve ningún agujero de divertículo. El meato ureteral izquierdo está dilatado. En el cuello vesical se encuentra la causa de esta gran dilatación urinaria; ésta forma un diafragma blanco y uniforme en todo su contorno, pero el orificio uretral se encuentra estenosado y filiforme, del diámetro de una bujía del núm. 5, fácilmente desgarrable a la penetración del dedo índice. Con bisturí y con el dedo se hace una extirpación lo más perfecta posible del cuello circularmente. Para evitar posibles infecciones vesicales ulteriores se hace una extirpación amplísima—unos 40 cms. por lado—de dos fragmentos de las paredes vesicales en el lado izquierdo y en el derecho, debido a la gran cantidad de tejido que sobra, o sea que se practica una cistectomía parcial, suturando la gran abertura vesical en dos planos con catgut y dejando un tubo de Marion como en la talla corriente. Sin taponamiento en la herida del cuello vesical.

BIOPSIA.—(Dr. Roca de Viñals).—Es objeto de estudio microscópico una región correspondiente al cuello vesical, que manifiseta un extraordinario desarrollo de la capa muscular y que microscópicamente se confirma por la existencia de una gran cantidad de haces musculares lisos que se entrecruzan unos con otros en todas direcciones. La estructura de estos cordones musculares es normal, y quiz;s solamente se nota un mayor aumento del tamaño de las células musculares lisas y una mayor cromatofilia de su núcleo.

Abundantes infiltrados de células redondas y plasmáticas corren entre los espacios interfasciculares que son poco abundantes.

FRAGMENTO VESICAL.—Por debajo del epitelio de revestimiento que presenta un aumento de la capa media, se encuentra un dermis ligeramente inflamado y una capa muscular potente pero de ordenada arquitectura de sus haces.

Curso postoperatorio perfecto, cicatrización rápida de la herida, excepto en la parte del tubo que lo hace tardíamente. Al mes y medio de cerrada la herida, se vuelve a abrir con fenómenos de infección vesical, explicándose ésta por quedar un resíduo vesical debido a

la atonía vesical que queda en el paciente. Sonda permanente otra vez y lavajes con nitrato de plata y presión varias veces al día en el hipogastrio para que salga el líquido que queda dentro de la vejiga por atonía. A los 15 días, cicatrización definitiva de la herida. Diez días después se quita la sonda, sobreviniendo una crisis dolorosa en el riñón izquierdo, con aumento de temperatura, que cede con una inyección endovenosa de urotropina, pero continúa con la orina turbia. Estas crisis dolorosas e hipertérmicas se repiten aún tres veces con intervalos de 5 a 8 días, por lo que el paciente es sometido a un tratamiento con cateterismo del uréter que se practica cada 4 días (en total, cuatro lavajes). Al tercero, la orina es clara.

No obstante, el enfermo continúa con poliuria y polidipsia, no tan acentuada, pero bastante intensa, pues al salir del Hospital, dos meses después de practicada la intervención, bebe de 5 a 6 litros y orina también la misma cantidad. El disertante lo atribuye a un proceso de autodefensa.

Una cistorradiagrafía de comprobación con torotrast al 25% permite ver, en proyección anteroposterior, una vejiga de tamaño y forma muy parecida a la normal, de capacidad de 200 c. c. y un reflujo vésico-ureteral izquierdo. A la pielografía la sonda ureteral insinuada unos 15 cms. y al inyectar el líquido opaco refluye hacia la vejiga sin detenerse en la pelvis; introduciendo 10 cms. más la sonda se llena la pelvis e inyecta 50 c. c. de los cuales una parte va a vejiga y se ve que existe aún la bolsa hidronefrótica junto con la dilatación del uréter, pero mucho más disminuída que antes de operar, sin sensación de dolor. La orina es completamente clara, lo que demuestra que no existe retención séptica. La concentración de este riñón es de 0'80 gr. por mil.

La constante de Ambard es de 0'237. Una prueba fenolsulfonaftaleina da un 45% de eliminación.

Finalmente, el paciente aumenta de peso. Gran mejoría de su estado general, pero el aspecto físico continúa siendo poco desarrollado, habiendo sido sometido a un tratamiento a base de reconstituyentes (aceite de hígado de bacalao, fitina, etc.) y extractos pluriglandulares.

El chorro de la orina es normal. El resíduo es de 0 c. c.

Al comentar el disertante este caso dice no haber encontrado, entre los diferentes descritos de enfermedad congénita del cuello vesical, ninguno con la sintomatología de éste.

La hipertrofia congénita del cuello vesical se caracteriza, según Marion, por una disuria más o menos marcada, llegando hasta a la retención completa, que se manifiesta ya de joven o en la edad adulta, llegando al máximo muy precozmente, y no tiene como a patógenia ninguno de los orígenes corrientes de disuria (estrechez, adenoma de próstata, trastornos de esfinter de origen nervioso), sino una alteración anatómica muchas veces poco aparente del cuello vesical y que desaparece por la supresión del cuello.

No es una enfermedad excepcional, pero tampoco frecuente, por lo que los autores han descrito varios casos y así se ha llegado a hacer una descripción de conjunto y separar una entidad clínica bien definida de muchas otras que quedan englobadas dentro del gran capítulo de las disectasias del cuello vesical de Legueu.

En muchos de los casos denominados actualmente enfermedad del cuello—antes prostáticos sin próstata,—la hipertrofia no es como en el caso presentado solamente del tejido muscular, sino de todo el tejido glandular o fibroso. Para Legueu el predominio de uno u otro constituyen las diferentes enfermedades localizadas al cuello. La hipertrofia de próstata no sería más que una hipertrofia de las glándulas del cuello, es decir, una hipertrofia parcial de uno de los tejidos que constituyen el cuello. Cuando predomina el tejido conjuntivo, formaría una fibrosis (en los casos consecutivos a infecciones uretrales y a estrecheces, según Papin); cuando predomina el tejido muscular, la enfermedad del caso presentado.

El punto de discusión está en el origen congénito, no de la enfermedad. Legueu cree que son hipertrofias adelantadas que indican una predisposición a la enfermedad prostática y concede gran importancia al dinamismo del

cuello, más que a la lesión material. En cambio, Marien lo atribuye a un origen congénito sin negar otras causas que pueden dar origen a una rigidez del cuello, pero que en algunos casos es innegable aquel origen lo demuestran: la precocidad en la aparición de los síntomas referentes a la edad del sujeto, la disuria precoz, la frecuencia de malformaciones congénitas que acompañan a la malformación del cuello (divertículos, etc.) Además cita como signo anatómico importante que acompaña a la enfermedad la hipertrofia considerable de la pared vesical (debida al esfuerzo de la micción, hipertrofia compensadora) y al mismo tiempo no se ve ningún signo de anormalidad en el cuello, formando éste un rodete alrededor del aguejro y sólo al examen histológico se encuentra espeso y formado de fibras musculares.

La extirpación quirúrgica de éste es el tratamiento que hace desaparecer todas las molestias.

Dice el disertante que el caso descrito tiene, desde el punto de vista etiológico y anatómico, todos los detalles para describirlo como de lesiones típicas de la hipertrofia congénita del cuello vesical. Hace resaltar la edad del enfermo y su evolución desde hace varios años, posiblemente ya de pequeño, pero que no se había manifestado de una manera ostensible, pues el síntoma disuria no era manifiesto subjetivamente, y que la disuria existía lo prueba el estado de hipertrofia y de defensa de las paredes vesicales.

Un signo, poco frecuente, que presentaba era la gran dilatación vesical con micción por rebosamiento, que daba la sensación de una tumoración quística abdominal. Otro signo raro, y que influyó a desorientar a los internistas e hizo establecer un tratamiento equivocado ,es el de la gran poliuria y polidipsia, que el disertante atribuye a un proceso de esclerosis renal, y, por tanto, defensivo del organis-

Recuerde Ud. este nombre cuando necesite recetas bien preparadas

mo frente al poder de concentración renal, que está disminuído.

¿La uretero-hidronefrosis del presente caso es primitiva o secundaria a la enfermedad obstructiva del cuello? Opina el disertante que, como en el caso de Maltese, la lesión unilateral hace pensar en un posible origen congénito, pues sino ¿por qué no existen las lesiones en ambos lados? Ahora bien, el disertante cree que esta dilatación congénita de uréter y pelvis en este caso se encuentra engrandecida por todo el proceso de distensión vesical consecutivo a la obstrucción,

Es extraño el resultado opuesto obtenido mediante la constante de Ambard y la prueba de la fenolsulfonaftaleina. ¿Es que ésta está influenciada por la gran poliura, o que las leyes de eliminación de la urea y la fenolsulfonaftaleina pueden estar en algunos casos alterados y no seguir una la alteración de la otra? El disertante no entra en la discusión de este mecanismo, pero sí acepta los resultados por él encontrados.

Respecto al tratamiento dice que la extirpación de una porción de las paredes vesicales le ha dado buen resultado, pues, suprimido el obstáculo, el proceso de restitución de las paredes vesicales es lógico que se haga, pero debido a la gran distensión no creyó que éste se verificara tan correctamente, como lo demuestra el estado de paresia vesical postoperatoria, con infección por resíduo vesical, y el buen resultado obtenido, pues el paciente tiene una buena capacidad y micción normal.

Respecto al pronóstico actual del enfermo, dice está supeditado a la lesión esclerosa del riñón, mejorada y tolerada, pero no dejará de representar una dificultad enorme para el desarrollo físico y para una supervivencia que duda sea duradera.

Dr. V. Compañ: El caso es interesante por lo insólito y considera que el tratamiento seguido por el disertante ha sido muy acertado. Es curioso el hecho de que un enfermo con una poliuria tan intensa dé unas cifras tan elevadas de eliminación de los colorantes.

Dr. A. Puigvert: Considera el caso congénito sin duda alguna y como uno de los más típicos de la enfermedad de Marión.

Dr. N. Serrallach Mauri: Afirma haber operado muchos prostáticos sin próstata, pero no ha tenido la fortuna de enfrentarse con ningún caso de los bautizados con el nombre de hipertrofia congénita del cuello vesical, no obstante le cuesta aceptar que pueda presentarse por anomalía de conformación el desarrollo excesivo de un determinado complexo muscular: los que movilizan el cuello de la vejiga. Este hecho no se consigna en ninguna otra agrupación muscular y si la vemos en el cuello vesical entendemos que no se trata de una enfermedad congénita sino de algo adquirido en el curso de la vida. En el caso presentado por el disertante, los infiltrados inflamatorios hallados en la pieza operatoria extirpada, nos afirman en éste creencia y parecen ser el testimonio de los procesos congestivos que han tenido luar alrededgor de las fibras musculares del cuello y quibás de los calambres espasmódicos que motivaron su hipertrofia. A nadie se le ocurrirá —añade— que la hipertrofia de las paredes musculares del cuerpo vesical encontrada en este caso puede tener un origen congénito y aceptaremos un origen netamente funcional. Algo parecido ha de ocurrir en el esfinter interno, pero más que apoyarse en la cómoda hipótesis de una mala conformación es necesario dirigir las investigaciones hacia la patología de la fibra muscular.

La enorme poliuria que acusa el caso expuesto le recuerde la que presenció en un retencionista con distensión cistotomizado que llegó a orinar en ocho horas 12 litros, pero con la circunstancia de acompañarle unos dolores renales considerables, que a su juicio procedían de que el uréter no podía engullir la orina que manaba de la pelvis renal o sea lo que se llama "poliuria dolorosa" y que en este caso justificó el uso de los antiespasmódicos con el fin de paralizar el uréter.

Las posibilidades de la terapéutica endoscópica en los cálculos del uréter.

Dr. V. Compañ: El primer medio de que los urólogos se valieron fué el cateterismo ureteral fugaz o permanente, con inyección de substancias lubrificantes (aceite o vaselina líquida) y con él se conseguía provocar el peristaltismo pieloureteral necesario para expulsar

cálculos no muy grandes y fácilmente movilizables. Afirma el disertante haber conseguido con este método resultados satisfactorios en muchos casos.

También se han propuesto variados modelos de sondas ureterales susceptibles de ensanchar su extremo activo en forma de esfera o paraguas, y si bien tenían éxito algunas veces, fracasaban muchas y tenían —y tienen, pues hay aún quien las usa— el peligro de romperse la varilla metálica central, que es en forma de gancho y exponer al paciente a desgarros por "arponar" la mucosa al sacarla, cosa que le ha sucedido al disertante. Cita entre estos instrumentos la sonda de Nitze, el cateter de Genouville (que es el que el disertante ha usado más), etc.

Entre los medios destinados a "dilatar" la mucosa al sacarla, cosa que le ha sucedido al disertante. Cita entre estos instrumentos la sonda de Nitze, el cateter de Genouville (que es el que el disertante ha usado más), etc.

Entre los medios destinados a "dilatar" la porción infracalculosa del uréter, que es la primera condición para facilitar la expulsión se han propuesto y utilizado la dilatación con catateres cónicos de grosor ascendente, que no pueden pasar de cireto límite por no admitirlos los cistoscopios, aún los de canal más ancho; las "laminarias" montadas en el extremo de un cateter ureteral (Chevassu), que teóricamente cumplen el objeto, pero en la práctica han demostrado ser peligrosas por existir el riesgo de soltarse la laminaria y tenerla que extraer, añadiendo una complicación al problema que se trataba de resolver.

Joseph, de Berlín, dió un buen avance a la solución del problema con su método de "dilatación progresiva" del uréter, sobre todo de su porción intramural, por medio de olivas o conos atornillados al extremo de un cateter de calibre mediano y que por medio de un cistoscopio especial se introducen en el meato de un modo progresivo y lento, pudiendo dilatar hasta el núm. 18; al mismo tiempo se puede inyectar un lubrificante.

De este modo el disertante ha podido extraer varios cálculos gruesos, dos de cuyos enfermos los llevaban varios años en la porción terminal del uréter, provocando en uno de ellos sintomatología intestinal (sigmoidea) de la que fué tratado durante años.

Ambos cálculos, que el disertante enseña, eran de dimensiones bastante grandes (1'5 cms. por 2 mms. aproximadamente).

Dr. Massa: Describe un caso de cálculo ureteral en el que fracasó por vía endoscópica. Este enfermo había sido diagnosticado y operado equivocadamente por apendicitis. También se fracasó con la sonda de Genouville. Finalmente fué intervenido por ureterotomía, dejando sonda permanente que se quitó a las 48 horas, tratándose con éxito la retención que quedó.

Le extraña el éxito conseguido por el disertante, cuando él fracasó ante un cálculo más pequeño. Aconseja emplear la Percaina en inyección al 2 y medio por mil para anestesiar la mucosa e inyectar luego el aceite parafinado.

Dr. F. Serrallach Juliá: Es un gran entusiasta del tratamiento endoscópico de los cálculos ureterales, cuyo éxito es tanto más seguro cuanto más bajo sea el cálculo. Concede suma importancia al empleo de antiespasmódicos a fuertes dosis antes y después de toda intervención endoscópica. Entre éstas, da la preferencia, en los casos de cálculos ureterales situados algo separados de la vejiga, al empleo de la sonda ureteral permanente durante tres o cuatro días, observándose la expulsión a veces hasta pasadas algunas semanas. En los casos de cálculos intramurales, la electrocoagulación da resultados admirables, habiendo conseguido hace pocos días la expulsión de un cálculo como un garbanzo, detenido desde unos dos años en un fondo de saco que presentaba el uréter en su porción intramural.

Explica que para estos casos se ha hecho construir una sonda ureteral cuya extremidad es filiforme y en el punto de ensanchamiento para adquirir el calibre núm. 12 presenta lateralmente una zona metálica linear activa que permite seccionar por electrocoagulación las estenosis de meato y hasta las ureterales más altas.

Dr. Orrola: Aboga en el criterio de que sólo debe recurrirse al bisturí cuando se hace imposible la extracción por las vías naturales.

Por tanto es de elogiar todo intento en favor de este recurso.

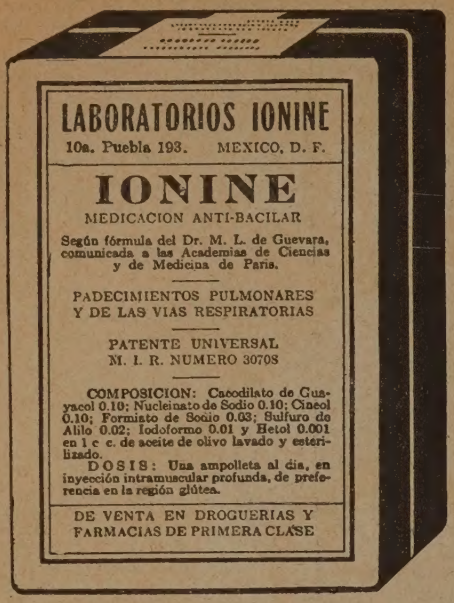
Dr. A. Puigvert: Cita un caso de cálculo perforado que nunca causó dolores de retención y dió a pensar en un cálculo perforado, como así fué. Se extrajo por vía lumbar. Se extiende también en consideraciones acerca del empleo de la electrocoagulación.

Dr. N. Serrallach Mauri: Se muestra desengañado de las sondas con laminarias como también de las pinzas para extraer los cáculos ureterales y recuerda que en cierta ocasión la sonda rastrillo de Genouville a pesar de haberse puesto por detrás del cálculo, ni logró arrastrarlo y sí ofreció grandes dificultades para sacarla, pues el meato ureteral cedía y se proyectaba con peligro sobre el cistoscopio.

Lo que mejor resultado le ha proporcionado ha sido prodigar la papaverina antes y después del cateterismo ureteral, ya que por la relajación del músculo ureteral se consige facilitar la expusión del cálculo y cuando no el paso de la sonda. Califica de extraordinarios los resultados que se obtienen dejando la sonda ureteral a permanencia, ya que su actuación permanente hace más por la dilatación y rectficiación del conducto ureteral que los dilatadores de Joseph, cuya acción es fugaz como lo son las bujías de Hegar respecto del cuello uterino.

Confirma los buenos resultados de la elect-rocoagulación cuando el uréter está estenosado y a este efecto se ha hecho consruir unos cateteres que ofrecen la particularidad de una parte activa en un sector de su superficie que permite destruir los resultados intrauretera-les.

Dr. V. Compañ: Rectifica y dice no haberse referido a los cálculos del meato, con su eficaz tratamiento de la electrocoagulación para facilitar la caída en la vejiga, porque sólo ha sido su objeto háblar de los cálculos suprematurales del uréter (en los cuaels es aplicable el método de Joseph).



TUBERCULOSIS

Tratamiento a base de la medicación antibacilar

IONINE

(Regs. 7089 y 7092 DSP)

usada con éxito en la República Mexicana y los Estados Unidos.

Las ampolletas y jarabe **IONINE** están de venta en las principales Droguerías y Farmacias de la Capital y Estados.

LABORATORIOS IONINE, S. A.

10a. DE PUEBLA 193

Tels. { Eric. 4-58-44 / Mex. L-18-10 — Apartado 1999 MEXICO, D. F.

EFEDRINA "NAGAI"

Reg. D. S. P. 960

El medicamento más eficaz para el tratamiento del

ASMA BRONQUIAL

y para todos los casos en que sea necesario elevar la presión sanquínea.

Administracion por vía hipodérmica y oral.

IMPORTADORES;

'COMPANIA INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

ISABEL LA CATOLICA 85 — MEYICO, D. F.

AMPOLLETAS "QUINAPON"

Reg. D. S. P. 1192

PARA EL PALUDISMO, PNEUMONIA, GRIPPE, ETC.

Una combinación perfecta que aumenta por lo menos cuatro veces la acción antitérmica de la Quinina.
No produce zumbidos de oído.
Tonifica el corazón.
Es indoloro.

Cajas de 5 ampolletas de 5 c. c. y cajas de 10 ampolletas de 2 c. c.

IMPORTADORES:

"COMPAÑIA INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

ISABEL LA CATOLICA 85 — MEXICO, D.F.

Vacuna

Preventiva

Curativa

Antituberculosa

Records obtenidos con A-O.

CURADOS Y ALIVIADOS

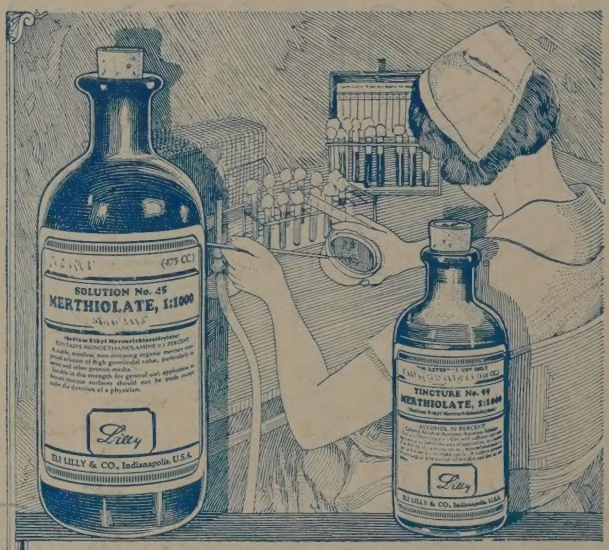
Tuberculosis pulmonar en período inicial	96%	Tuberculosis ocular	99%
Tuberculosis pulmonar de mediana intensidad	83%	Tuberculosis de la piel	100%
Tuberculosis pulmonar en período avanzado	53%	Tuberculosis urogenital	91%
Tuberculosis glandular	92%	Tuberculosis pleural y peritoneal	86%
Tuberculosis osea y articular	82%	Aplicación profiláctica	90%
Fístula y otras	80%		

"Distribuidores: Cía. Internacional de Drogas, S. A. Isabel la Católica 85.—México, D. F.

ELI LILLY AND COMPANY

Fundada en 1876

Fabricantes de Productos Medicinales
para Usarse Única y Exclusivamente
bajo la Dirección Médica



MERTHIOLATE LILLY

(*Mercuritiosalicilato de Sodio Etílico*)

OBSERVACIONES clínicas extensas corroboran las conclusiones de que el Merthiolate es un bactericida superior. Su toxicidad es baja; no es irritante en solución adecuada; es efectivo en, y miscible con, proteínas séricas. Sus formas convenientes de presentación incluyen, además de la solución y la tintura, un ungüento, un ungüento oftálmico y una jalea hidrosoluble.

D.S.P.—1671; 9632; 9580; 9597; 9603.

Oficinas y Laboratorios Principales en Indianapolis, Indiana, E. U. A.